FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° —

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**André LABRUE**

Externe des Hôpitaux
Médecin Aide-Major de 1re classe

# De la Distension des Cornes utérines au cours de l'état puerpéral

*Président :* M. BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | AUGUSTE BROCA |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | N. |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | N. |
| Pathologie chirurgicale | N. |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | N. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | P. CARNOT |
| Hygiène | N. |
| Médecine légale | N. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | N. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | N.<br>WIDAL<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | PIERRE MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>LEJARS<br>HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>COUVELAIRE<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | N. |
| Clinique chirurgicale infantile | N. |
| Clinique thérapeutique | ALBERT ROBIN |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BERNARD | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIÈRE |
| BRANCA | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SCHWARTZ (A.) |
| BRUMPT | LABBÉ (H.) | MULON | SICARD |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | TANON |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBÉCOURT | TERRIEN |
| CHAMPY | LECÈNE | OKINCZYC | TIFFENEAU |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBRÉDANNE | VILLARET |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | ZIMMERN |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | |
| GUENIOT | LERY | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*En témoignage de ma reconnaissance.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur agrégé BRINDEAU

Accoucheur de l'hôpital de la Pitié

*Qui m'a donné le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses conseils.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur FAISANS

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur LEGUEU

Professeur de clinique des voies urinaires

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé MAUCLAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CHEVRIER

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BELIN

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur AUCLAIR

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MURET

Ancien chef de clinique chirurgicale

# AVANT-PROPOS

Durant le séjour que nous avons fait comme externe à la maternité de la Pitié, nous avons observé un assez grand nombre de cas de déformations de l'utérus consistant en une asymétrie et un développement exagéré des cornes.

M. le professeur agrégé Brindeau nous a suggéré l'idée de faire une thèse sur ce sujet.

Nous n'avons pas la prétention de présenter une étude complète mais seulement un modeste travail, résultat des données prises par nous-mêmes et surtout des conseils aussi bienveillants qu'éclairés et de l'enseignement quotidien que nous avons reçus depuis notre retour des armées.

Au maître qui nous a guidé nous adressons l'expression de notre gratitude.

Nous diviserons notre étude en trois chapitres :

Un aperçu général d'ambryologie et d'anatomie pour arriver aux anomalies de forme de l'utérus.

Un chapitre de clinique.

Un chapitre sur les erreurs de diagnostic que peut entraîner la distension des cornes utérines.

# De la Distension des Cornes utérines
## au cours de l'état puerpéral

### APERÇU D'EMBRYOLOGIE ET D'ANATOMIE

Si l'on résume l'embryologie de l'utérus on voit que cet organe provient des canaux de Müller qui primitivement forment avec les canaux de Wolff le cordon génital ou cordon de Thiersch.

Seuls les canaux de Müller se développent chez la femme.

Ils comprennent deux portions : la première, intermédiaire au point où le gubernaculum de Hunter sous-croise le cordon de Thiersch et au sommet de cordon.

La seconde, inférieure, la plus longue, s'étendant du gubernaculum de Hunter au sinus uro-génital.

Les canaux de Müller dans cette seconde portion s'accolent d'une façon de plus en plus intime, se soudent enfin et se fusionnent en un canal unique dit canal utéro-vaginal ou canal de Leuckart.

La fusion commence à la huitième semaine ; à la douzième elle est terminée et toute cloison intermédiaire a disparu (Nagel). Il y a donc chez l'embryon une période pendant laquelle existent deux canaux utéro-vaginaux séparés, soit intérieurement seule-

ment par un septum, soit extérieurement aussi par un sillon. Pendant assez longtemps persistent des traces du septum et du sillon vestiges de la dualité primitive.

Le canal de Leuckart une fois constitué se différencie en utérus et en vagin par suite d'une double modification.

En effet, d'une part une lumière se creuse dans sa partie supérieure, tandis que la presque totalité de sa partie inférieure reste obstruée par un bouchon épithélial : d'autre part un bourrelet circulaire apparaît au centre duquel se trouve l'orifice externe du col.

Voyons maintenant les transformations subies par les parties supérieures des canaux de Müller non comprises dans le cordon génital, transformations qui ont une grande importance dans la production des anomalies de la matrice.

Ces parties s'élargissent et paraissent d'abord des diverticules, prolongeant le canal de Leuckart. Elles forment les cornes utérines, et en raison de leur disposition on comprend pourquoi jusqu'au milieu du troisième mois l'utérus est nettement bicorne, pourquoi le fond paraît déprimé en cœur de carte à jouer. Mais peu à peu la coalescence gagne aussi les parois internes de ces cornes. Ainsi le fond de cet organe acquiert progressivement son aspect définitif conservant toutefois pendant assez longtemps parfois même après la naissance une légère dépression cordiforme (Rieffel).

Quant au développement histologique le revêtement épithélial de la muqueuse et des glandes utérines provient de l'épithélium des canaux fusionnés : il se différencie vers le quatrième mois.

La tunique musculaire de l'utérus se constitue d'une façon plus tardive aux dépens des éléments mésodermiques du canal de Leuckart. Ces éléments se disposent en deux couches : l'une interne à cellules rondes, l'autre externe bien plus forte à cellules fusiformes. Dans ces couches surtout la seconde se répandent des vaisseaux.

La couche interne n'a rien à voir avec le myométrium ; elle devient en définitive le chorion de la muqueuse utérine (tissu décidual de Rœsger).

La couche externe seule prend part à l'édification du muscle utérin par des processus encore mal connus. Il paraît cependant certain qu'à la fin du cinquième mois se constitue d'abord autour de la longueur du canal utérin, une couche de cellules lisses disposées circulairement, couche annulaire primordiale (archimyométrium des auteurs allemands) qui forme la partie juxta-muqueuse du stratum vasculaire.

Autour de cet archimyométrium, les autres cellules mésodermiques du cordon génital vont se différencier pour donner naissance au périmyométrium c'est-à-dire au reste du muscle utérin.

Les anomalies de développement de l'utérus donnent lieu à des vices de conformation nombreux; anomalies par défaut, anomalies de nombre, de forme.

Nous étudierons seulement les anomalies de forme résultant d'une fusion incomplète des canaux de Müller et produisant les diverses variétés d'utérus bicornes.

Si la cloison intermédiaire persiste sur toute son étendue on a l'*utérus bicorne double* (*uterus duplex bicornis cum vagina septa*). Le canal utéro-vaginal est complètement cloisonné : il y a deux vagins, deux orifices externes du col, le corps comprend deux cornes divergentes.

A un degré moindre la bifidité est limitée à l'utérus tandis que le vagin est simple : c'est l'*utérus double bicorne bicervical.*

Si la cloison persiste seulement sur le corps utérin on a *l'utérus bicorne unicervical.*

Enfin et c'est la variété la plus fréquente la coalescence peut être presque parfaite, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur : le dédoublement ne se manifeste que par une divergence des cornes et quelquefois par une encoche du fond : nous avons l'*utérus bicorne arqué* (*uterus arcuatus*) ou *utérus cordiforme*, résultant d'un léger défaut de coalescence des portions supérieures de Müller qui contribuent à former les cornes utérines.

Pour expliquer la fusion incomplète des conduits de Müller certains auteurs (Meyer) font jouer un rôle essentiel à la brièveté anormale des ligaments ronds.

Winckel insiste sur les tractions, pressions, torsions, déterminées à la fois par ces ligaments, par les canaux de Wolff et de Kuppfer, toutes causes

qui mécaniquement s'opposent à la coalescence des conduits.

Outre la fusion incomplète de ces conduits juxtaposés sur un plan frontal, il arrive parfois que ceux-ci exécutent une rotation autour de leur axe longitudinal, de telle sorte qu'ils sont situés l'un derrière l'autre. Cette disposition peut se traduire par une exagération de la torsion normale.

## Structure de l'utérus

L'utérus non gravide est formé de trois tuniques : une externe péritonéale ou périmétrium, une interne muqueuse ou endométrium.

Une *tunique moyenne musculaire*, muscle utérin ou myométrium.

C'est cette dernière qui constitue pour ainsi dire tout l'organe.

Nous envisagerons simplement la musculature du corps et surtout les modifications qu'elle subit dans l'utérus gravide.

Sa texture est très complexe : les fibres s'enchevêtrent et s'agencent d'une façon qui est encore très incomplètement élucidée : on y distingue comme sur la plupart des viscères creux, trois couches de fibres lisses : une moyenne vasculaire. Stratum vasculare de Kreitzer ; une externe sous-séreuse, stratum subserosum ; une interne, stratum infravasculaire ou stratum submucosum de Kreitzer.

Les modifications que subit cette musculeuse dans l'état de gravidité résultent de l'hyperplasie générale de l'organe d'où hypertrophie des fibres déjà existantes et apparition de fibres de néoformation (Kœlliker).

Ces modifications ont été étudiées par nombre d'auteurs: Sue, Calza, Mme Boivin, Deville, Dubois et Pajot, mais surtout par Hélie et Chenantais.

Avant d'aborder la description classique de ces deux derniers auteurs nous signalerons les opinions d'autres plus récents.

Hoffmann et Bayer font de l'utérus une dépendance des trompes à trois couches avec faisceaux d'union allant de la couche externe à la couche interne. Bayer a insisté sur l'existence de *bandes musculaires de renforcement*, véritables crampons venant des ligaments ronds, ovariens et surtout utéro-sacrés.

Pour Retterer et Lelièvre l'utérus se compose d'une couche externe longitudinale et d'une couche interne circulaire, abandonnant toutes deux entre elles de nombreux faisceaux entrecroisés autour des vaisseaux.

Rieffel admet les 3 couches musculaires pour le corps, tout en déclarant cette division artificielle, car il n'y a pas de systématisation nette.

Nous envisagerons simplement la musculature du corps utérin d'après Hélie et Chenantais.

On y distingue trois couches dont les fibres s'entrecroisent.

*Couche externe.* — Elle se compose de plusieurs plans longitudinaux et transversaux.

α) Le plan le plus superficiel est longitudinal constitué par un *faisceau médian* ou *ansiforme* dont la partie moyenne est à cheval sur le fond de l'utérus et dont les extrémités descendent sur les faces vésicale et intestinale.

Il naît en arrière à l'union du corps et du col. Près du fond les fibres latérales se recourbent en dehors, se dirigeant sur les trompes et les ligaments larges. Les fibres moyennes du faisceau ansiforme contournent le fond et descendent sur la face antérieure où elles se recourbent successivement en dehors sur les ligaments ronds et larges. Le faisceau ansiforme n'est presque jamais borné à un seul plan. Il se compose le plus ordinairement de deux plans, séparés par une couche de fibres transversales ; le plan superficiel est mince, le profond plus épais.

β) Les fibres transversales constituent la plus grande partie de la couche musculaire externe. Elles concourent à donner naissance au faisceau ansiforme en se portant brusquement en haut, mais la plupart étrangères à sa formation, transversent la ligne médiane en passant au-dessous de lui et entre ses deux plans pour se prolonger en dehors dans les ligaments larges, mais surtout sur les oviductes, les ligaments ronds et ovariens.

γ) Lorsqu'on écarte les deux lames du ligament large on voit sur toute la hauteur des bords de l'utérus des fibres circulaires qui vont d'une face à

l'autre. C'est là leur disposition générale mais leur trajet est très compliqué. Elles s'écartent pour donner passage aux vaisseaux ; elles ne restent pas durant tout leur trajet dans le plan où elles étaient primitivement.

Ce sont ces fibres circulaires qui forment le squelette de la couche externe, squelette renforcé par le faisceau ansiforme et les fibres transversales.

*Couche moyenne plexiforme.* — Cette couche se continue sans limites précises avec la précédente, dont elle se distingue sur une coupe par les orifices béants des sinus utérins.

Elle est de beaucoup la plus épaisse et acquiert un développement particulièrement fort au niveau de l'insertion du placenta. Elle se compose de bandes de largeur variable transversales, obliques, longitudinales. Les faisceaux décrivent autour des veines utérines des anses ; chaque anse croisée par une autre forme avec elle un anneau complet périveineux.

Une série de ces anneaux constitue un canal à la veine : ce sont de vrais cercles contractiles, des ligatures vivantes. Il en existe aussi pour les artères, avec cette différence toutefois que celles-ci sont séparées par une gaine celluleuse tandis que les veines adhèrent intimement aux fibres musculaires.

La couche moyenne fait défaut sur le segment inférieur.

*Couche musculaire interne.* — Elle comprend sur chaque paroi antérieure et postérieure, sous la mu-

queuse *un faisceau triangulaire* dont la base va d'une trompe à l'autre et dont le sommet descend jusqu'à l'orifice interne du col. Il est formé par des fibres horizontales qui se courbent brusquement en haut, et il reçoit sans cesse des fibres de renforcement.

Sur les côtés des faisceaux triangulaires et dans toute la hauteur du corps de l'utérus les fibres de la couche musculaire interne sont circulaires, passant d'une face à l'autre. A l'orifice interne du col elles forment un faisceau annulaire saillant, sphincter du col.

Au fond de la matrice, c'est-à-dire au-dessus des trompes elles simulent des arceaux dirigés d'avant en arrière et qui, descendant sur les faces antérieure et postérieure, passent sous la bande transversale du faisceau triangulaire qui les recouvre, puis s'infléchissent pour se confondre avec les fibres horizontales circulaires. Ce sont les *fibres arciformes de la voûte*.

Enfin à l'orifice des trompes les fibres sont disposées en anneaux concentriques constituant les orbiculaires des trompes.

Si maintenant de cette texture générale du muscle de l'utérus gravide nous déduisons celle des cornes, nous voyons qu'à leur niveau la couche musculaire formée de ses trois couches est complètement privée des faisceaux de renforcement : faisceau ansiforme et fibres transversales de la couche externe, faisceau triangulaire et fibres arciformes de la couche interne.

La corne utérine est donc réduite à des fibres circulaires et constitue, après le segment inférieur, le point le plus faible et le plus extensible de la paroi.

Cette extensibilité sera augmentée si l'utérus est cordiforme, présentant une divergence anormale des cornes séparées par une dépression au niveau de la partie médiane du fond, là où le faisceau ansiforme croise ce fond pour passer de la face postérieure sur la face antérieure de l'utérus.

Dans ce cas il est rare que les deuxcornes se développent d'une façon symétrique et le plus souvent une des cornes est seule distendue et devient beaucoup plus volumineuse que l'autre. D'après certains auteurs (Hergott, Auvard, Budin), cette asymétrie du fond serait fréquente.

Sur 240 femmes environ passées à la maternité de la Pitié du 25 janvier au 26 mars 1919, nous avons observé 13 cas de distension asymétrique des cornes utérines, ce qui donne une moyenne de 6 pour 100.

Sous quelles influences la corne utérine prédisposée à la distension par la faiblesse de sa paroi et la malformation primitive de l'organe gestateur, va-t-elle subir cette exagération de volume?

On a invoqué plusieurs causes qui peuvent toutes entrer en ligne de compte.

En premier lieu l'excès de liquide amniotique (Hergott, Budin).

Hergott écrit (Thèse de Strasbourg, 1849) : « Lorsqu'il existe de l'hydropisie de l'œuf la matrice se di-

late considérablement ce qui a une certaine influence sur sa forme. Dans un cas la matrice était bosselée à l'extérieur par suite de la distension excessive. »

Budin dans ses cliniques insiste sur l'erreur de diagnostic possible entre une corne distendue par du liquide et une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire.

Sur les 13 femmes que nous avons examinées nous avons observé huit fois de l'excès de liquide amniotique.

Les auteurs allemands ont attribué l'influence prépondérante à l'insertion du placenta dans la corne. Nous verrons plus loin que lorsque cette insertion existe elle est une cause fréquente d'enchatonnement du placenta.

Dans trois cas où l'opération césarienne a permis de repérer l'insertion de l'œuf, cette insertion ne siégeait pas dans la corne distendue.

On a signalé comme cause la présence du siège de l'enfant dans la corne augmentée de volume. La présence d'un gros œuf peut avoir une influence sur la forme de l'utérus, mais en général il y a lieu de croire que la position du fœtus n'a aucune influence sur le développement de la matrice ; au contraire, en vertu de la loi de l'accommodation, c'est la conformation de l'utérus gravide qui influe sur la situation du fœtus (présentation transversale dans le cas de distension symétrique des deux cornes).

Enfin il faut signaler comme autre cause l'insertion

de l'œuf au voisinage de l'ostium tubœ (Bar, Puech), ou même sur toute la hauteur d'un des bords au point de défigurer l'utérus comme le fait pour le visage une fluxion dentaire (Bonnaire).

## CLINIQUE

Nous avons observé la plupart des cas de développement asymétrique des cornes utérines chez des femmes enceintes à terme ou près du terme.

Cependant chez trois femmes, l'une grosse de cinq mois, l'autre enceinte de quatre mois, la troisième ayant accouché prématurément au septième mois, nous avons constaté la présence d'un utérus cordiforme.

Dans le premier cas la matrice affectait une forme presque régulière bilobée avec dépression légère à la partie médiane du fond et saillie des deux cornes. Chez la seconde, même configuration avec développement un peu plus accentué de la corne droite et inclinaison marquée de l'utérus de ce côté. L'expulsion de l'œuf se fit en deux temps et on pratiqua le curage digital : la main de l'opérateur put sentir la distension de la corne droite déjà amincie. Le placenta était inséré à son niveau.

Nous étudierons les caractères de l'utérus cordiforme pendant la grossesse, au cours du travail, au cours de la délivrance et pendant les suites de couches.

A la simple inspection de l'abdomen quelquefois il est facile de se rendre compte de la forme asymétrique de la matrice.

L'utérus au lieu d'être ovoïde à grand axe vertical offre une forme ovalaire à contours irréguliers et à grand axe dirigé obliquement de bas en haut du côté de la corne distendue.

Si cette distension est très accentuée la corne utérine opposée offre un développement faible et n'est représentée que par une légère saillie sur la face latérale, séparée de l'autre par une encoche ou une petite dépression qui correspond à la partie médiane du fond.

Si l'on fait la mensuration de l'utérus, la hauteur prise de la symphyse pubienne au milieu du fond est en général inférieure à la normale. Si au contraire on prend cette hauteur de la symphyse à l'extrémité de la corne distendue elle est supérieure à celle qu'on observe dans les utérus normaux à terme.

Pour se rendre compte exactement du développement asymétrique des cornes on peut mesurer la distance qui sépare l'extrémité de chacune d'elles du fond de la matrice à sa partie médiane. Nous avons trouvé ainsi 22 centimètres pour la corne distendue, 10 pour l'autre (mensurations moyennes).

Il faut noter encore à l'inspection que dans la plupart des cas l'utérus est volumineux et souvent en antéversion.

La palpation nous renseigne d'abord sur l'inclinai-

son marquée de l'utérus du côté de la corne distendue et sur sa torsion du même côté.

Pour certains auteurs (Auvard) l'inclinaison latérale de la matrice est due uniquement au développement asymétrique du fond de l'organe.

Cette inclinaison ne serait qu'apparente l'axe réel de l'utérus restant sur la ligne médiane alors que le fond semble incliné du côté de la corne la plus volumineuse. Ce n'est donc pas conclut le même auteur, une inclinaison de l'utérus vers le côté droit ou vers le côté gauche qui est la cause de l'obliquité latérale, mais un manque d'égalité ou de parallélisme dans le développement des deux moitiés de l'organe.

Quand il y a inclinaison réelle elle est secondaire à cette inclinaison apparente ; elle est due à ce que l'utérus se laisse entraîner en totalité vers son côté le plus développé.

Il faut noter que l'inclinaison droite est quand même la plus fréquente.

Bien avant Auvard Deventer écrivait : « La partie la plus grosse et la plus pesante de la matrice dans les femmes grosses, étant en liberté, peut changer de direction et tomber de quelque côté.

Pour Levret aussi une des causes les plus fréquentes de la déviation latérale est la mauvaise conformation primordiale ou accidentelle de la matrice ou de quelques-unes de ses parties.

En même temps que la déviation suivant l'axe antéro-postérieur on observe une déviation très marquée suivant l'axe vertical. La corne la plus volu-

mineuse semble entraîner le côté correspondant de l'organe gestateur en arrière vers la colonne vertébrale, éloignant le ligament large du même côté de la paroi abdominale antérieure tandis que l'action est contraire sur le ligament large opposé (Auvard).

Cette rotation est importante à connaître pour pratiquer l'opération césarienne afin de corriger cette fâcheuse direction sans quoi l'incision pourrait être faite au niveau du ligament large et blesser des vaisseaux importants.

Chez plusieurs femmes la dextrotorsion était si prononcée qu'elle ramenait complètement en avant la face latérale gauche.

Dans ce cas la corne droite est complètement déviée à droite et en arrière et remplit tout le flanc droit jusqu'aux fausses côtes : il est alors difficile de sentir son extrémité en rapport avec la paroi postérieure.

La face latérale gauche vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure et par la palpation on délimite facilement la trompe située à peu près à égale distance entre le fond de l'utérus et la symphyse, se présentant sous la forme d'un cordon assez consistant roulant sous le doigt et auquel fait suite l'ovaire plus irrégulier, offrant une surface plus large facilement mobile et douloureuse à la plus légère pression.

Le ligament rond du même côté est également palpable dans un plan un peu plus inférieur, toujours en rapport avec la paroi abdominale. Il apparaît

sous la forme d'un cordon plus tendu, régulier et consistant ; sa direction comme celle de la trompe est oblique de droite à gauche et de bas en haut.

De plus le long de la face latérale gauche il est facile de sentir un paquet variqueux irrégulier représentant le pédicule vasculaire de l'utérus gravide.

Chez trois femmes on pratiqua la césarienne conservatrice pour rétrécissement du bassin.

Après la sortie de l'œuf, l'utérus se rétractant on constata tout d'abord la disparition du paquet variqueux de la face latérale.

En second lieu, la partie médiane du fond et de la face antérieure au niveau du faisceau ansiforme se contractant beaucoup plus énergiquement que la corne distendue. Cette dernière devenue encore plus saillante prit un aspect flasque et ridé analogue à celui d'un cœcum.

Enfin la main de l'opérateur introduite dans l'utérus put sentir le développement et surtout l'amincissement très accentué d'une des parties latérales du fond de l'organe gestateur.

Dans de nombreux cas il existe de l'excès de liquide amniotique se traduisant par une tension exagérée de la paroi utérine, coïncidant avec un volume assez considérable de l'organe une sensation de fluctuation surtout perceptible au niveau de la corne distendue et très amincie.

Quand on ne sent pas les parties fœtales à travers la paroi cette tension et cette fluctuation peuvent prêter à des erreurs de diagnostic.

La percussion, méthode d'investigation peu employée en obstétrique montrera cependant la matité de la corne distendue lorsqu'on hésitera pour le diagnostic entre une anse intestinale météorisée et une portion de l'organe gestateur.

Le toucher vaginal permettra de constater que le col est presque toujours dévié du côté opposé à la corne distendue, mais cette déviation n'est jamais en rapport avec l'inclinaison apparente du corps de l'utérus.

Quelle influence la configuration asymétrique de la matrice peut-elle avoir sur la présentation fœtale?

L'obliquité de l'organe peut prédisposer à la présentation de la face, surtout si à la malformation utérine vient s'ajouter une viciation pelvienne.

Si l'on se trouve en présence d'un utérus bicorne développé dans le sens transversal, cette disposition peut être cause d'une présentation transversale.

La cause de l'accommodation pathologique du fœtus (Puech) aboutissant à une présentation franche de l'épaule, réside dans une malformation de l'utérus, par suite de laquelle le grand diamètre de cet organe au lieu d'être longitudinal est transversal.

Avec cette forme anormale il n'est point rare de rencontrer une sorte d'éperon faisant saillie dans la cavité utérine.

Comme le grand axe utérin auquel il s'accommode, l'axe fœtal se trouve transversalement dirigé et partant perpendiculaire à l'axe de l'excavation.

Cette cause signalée par Wigand, Hergott, bien

étudiée par Polaillon, explique ces faits curieux de présentation de l'épaule, observés chez la même femme dans plusieurs accouchements successifs.

C'est ainsi que Géry a publié l'histoire d'une femme dont les neuf enfants se présentèrent par l'épaule.

La plupart des présentations du tronc rencontrées chez des primipares entrent dans la catégorie des présentations franches, c'est-à-dire résultant d'une accommodation du fœtus à une forme particulière de l'utérus.

Si la présentation est négligée et qu'au cours du travail on soit obligé de pratiquer la version par manœuvres internes, cette opération peut être rendue très difficile par la présence possible déjà signalée plus haut, d'un éperon au fond de la cavité utérine.

Si les deux cornes forment deux cavités assez nettement séparées, la tête peut venir se loger dans l'une d'elles laissant l'autre remplie seulement de liquide amniotique, et le siège se mettre en rapport avec le détroit supérieur.

Enfin la faiblesse de la paroi coexistant avec un excès de liquide amniotique est une cause d'engagement tardif de la présentation.

Dans la plupart des cas le fœtus se présente normalement par le sommet en position gauche ou droite, et le siège se trouve assez souvent dans la corne distendue.

Pour ce qui est de l'insertion de l'œuf, cette insertion peut se faire au niveau de la partie latérale du

fond anormalement développée, mais ce n'est point une règle générale.

Chez trois femmes ayant subi l'opération césarienne, le placenta était inséré soit sur la face postérieure, soit sur la face antérieure de l'utérus.

Maygrier a publié un cas où le fœtus se trouvait dans une corne et le placenta dans l'autre.

Deux fois nous avons observé un placenta inséré sur le segment inférieur. Les membranes offraient une large surface reproduisant la cavité utérine augmentée par la distension de la corne.

Quand le placenta s'insère sur un des angles supérieurs de l'utérus il affecte une forme assez régulièrement circulaire ; son diamètre est inférieur à la normale. Son épaisseur est uniforme au centre et sur les bords, cette anomalie de forme étant imputable à la disposition circulaire des fibres au niveau de la paroi de la corne.

Quels sont les phénomènes que l'on peut observer au cours du travail et de la délivrance ?

Il peut y avoir insuffisance et irrégularité des contractions venant de la faiblesse localisée de la paroi musculaire.

On peut déjà observer pendant la grossesse qu'au cours d'une contraction la paroi de la corne distendue garde une consistance molle : on croirait avoir affaire à un fibrome avec ramollissement gravidique et il n'est pas toujours facile de reconnaître qu'il s'agit d'une *fausse tumeur*. La mollesse excessive et le manque de délimitation nette feront pencher le

diagnostic vers la fausse tumeur. Celle-ci est constituée par la partie faible de la paroi qui se laisse repousser vers l'extérieur par la pression du contenu utérin.

Budin et Bar ont montré que pour assurer le diagnostic il était important d'essayer de faire pénétrer les petites parties fœtales dans la corne utérine dilatée.

Cette inertie partielle peut se produire pendant l'accouchement sans pour cela influencer beaucoup la marche du travail, et après la délivrance la partie dilatée du fond se rétracte bientôt comme le reste du muscle.

Au cours de la délivrance, l'hypoplasie de la paroi au niveau de la partie latérale du fond ne donne pas lieu à des phénomènes d'inertie utérine pouvant entraîner des hémorragies. Mais si l'insertion de l'œuf se fait dans une corne il peut y avoir incarcération du placenta.

## Enchatonnement du placenta

En effet la minceur et la faiblesse du muscle utérin en un point, est la cause favorisante de l'enchatonnement du placenta. On s'explique dès lors pourquoi le chaton se forme de préférence au niveau des cornes utérines.

Sa production est due à un défaut de synergie entre les contractions musculaires du corps utérin et celles de la zone d'insertion placentaire.

Cette discordance peut se produire dans deux circonstances :

α) Ou bien lorsque la zone placentaire se contractant normalement, le reste de l'utérus est le siège de contractions exagérées.

β) Ou bien lorsque, l'utérus se contractant normalement la zone placentaire est inerte, ce qui est le cas le plus fréquent.

A la limite des deux zones inégalement contractées se forme un bourrelet musculaire. Cet anneau contractile et rétractile revient de plus en plus sur lui-même en repoussant vers l'extérieur la zone mince.

Ainsi se constitue le chaton qui, dit Bubendorff, n'est qu'un sac herniaire dont le placenta est l'organe hernié.

L'enchatonnement se traduit par deux signes principaux : la rétention du délivre et l'hémorragie. Celle-ci provient de la portion du délivre décollée et non renfermée dans le chaton. Elle dépend de son étendue : parfois faible, elle peut être très abondante et amener des syncopes répétées.

Au palper l'utérus est irrégulier et présente à sa surface une portion saillante, de consistance plus molle que le reste du globe utérin et siégeant au niveau de la corne utérine.

L'examen manuel intra-utérin révèle des signes de certitude. La main après avoir franchi le col perçoit la masse principale du placenta décollé et arrivant jusqu'au niveau de l'anneau de contraction. Au-des-

sus cette masse semble suspendue par un pédicule très allongé. En suivant ce pédicule le doigt arrive à un deuxième orifice haut situé, dans un des angles supérieurs de l'utérus. Cet orifice est plus ou moins serré. Parfois un ou deux doigts seulement peuvent le franchir et pénétrer dans une cavité où l'on reconnaît la présence de cotylédons.

Il faudra faire le diagnostic de l'enchatonnement avec l'incarcération totale du placenta par contracture de l'anneau de Bandl avec la distension de l'ostium uterinum d'une trompe par une grossesse primitivement tubo-interstitielle.

L'orifice du chaton pourra être pris pour une rupture utérine. Mais les bords de celle-ci sont ordinairement déchiquetés et n'offrent pas l'aspect régulièrement circulaire ; de plus des phénomènes généraux graves dominent la scène.

L'enchatonnement est un accident rendu sérieux par les dangers de l'hémorragie et par la prolongation indéfinie de la rétention du délivre.

On devra le prévenir par une surveillance attentive de la délivrance. Lorsqu'on constate son existence il faut intervenir.

Le seul traitement rationnel est l'évacuation du chaton pratiquée avec la main.

La malade étant placée en position obstétricale la main est introduite dans l'utérus et dirigée directement jusqu'à l'orifice du chaton. On introduit dans celui-ci un ou deux doigts suivant ses dimensions.

Avant de commencer le décollement on applique

l'autre main sur la paroi abdominale au niveau du chaton. Puis on décolle les cotylédons sur toute la surface de la loge et on les attire dans la grande cavité utérine. La main s'assure que le reste du placenta est décollé et au besoin complète ce décollement. Seulement alors le placenta est extrait et on pratique une injection intra-utérine.

Le plus souvent, dès que l'extraction est terminée les contractions reparaissent dans la zone correspondant au chaton qui s'efface rapidement.

Enfin pendant les suites de couches, l'utérus reprend sa forme normale.

Nous avons vu au début que sur l'utérus non gravide, la malformation résultant de la non-coalescence des conduits de Müller à leur portion supérieure ne se manifestait par aucun signe extérieur. Après l'accouchement l'utérus cordiforme ne présente donc aucune particularité.

## DIAGNOSTIC

La distension des cornes utérines peut prêter à des erreurs de diagnostic.

Tout d'abord on évitera de confondre cette anomalie du fond de la matrice avec une anse intestinale météorisée.

La palpation permettra de sentir la différence de consistance de la tuméfaction, sa limite de séparation avec le corps de l'utérus. La percussion dénotera presque toujours une sonorité tympanique qui contraste avec la matité hydrique de la corne remplie de liquide amniotique.

La plupart du temps d'ailleurs les parties fœtales senties à travers la paroi utérine amincie lèveront tous les doutes.

Enfin pendant le travail, le plus souvent la corne utérine se contracte avec l'utérus alors que la consistance de tout ce qui est étranger à l'utérus ne se modifie pas.

2° Il faudra faire le diagnostic de l'utérus cordiforme avec les autres variétés d'utérus bicorne.

α) Ce diagnostic sera facile avec l'utérus bicorne

double avec cloison vaginale, de même avec l'utérus bicorne bicervical.

β) Le diagnostic sera plus difficile avec l'utérus bicorne unicervical. Souvent il ne pourra être fait qu'après l'accouchement, la main introduite dans l'utérus pouvant sentir la cloison de séparation des deux corps.

Dans ces sortes d'utérus la grossesse est habituellement simple, mais le corps vide subit aussi les modications consécutives à la gravidité (hypertrophie de son tissu musculaire et de sa muqueuse). Le ventre présente un développement inégal et bilobé avec une moitié plus volumineuse que l'autre. Quelquefois cette disposition n'existe pas, l'utérus vide se trouvant derrière l'utérus gravide.

Enfin il faut signaler que dans les cas d'utérus complètement cloisonnés comme dans les utérus doubles, on peut observer la présence de règles venant de la moitié non gravide.

3° Un des diagnostics différentiels les plus importants est celui de la corne distendue avec une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire.

La tumeur ovarienne est indépendante de l'utérus.

La palpation pouvant déceler un sillon de séparation, le toucher vaginal combiné au palper, l'emploi du procédé de Hegar, le fait que pendant les contractions le kyste ne change pas de consistance, permettront de constater cette indépendance.

Après avoir signalé ces moyens de diagnostic nous donnerons le résumé d'une clinique de Budin

sur la façon de reconnaître une corne utérine distendue par du liquide amniotique et un kyste de l'ovaire (1).

Budin cite le cas d'une femme en travail, l'enfant se présentant en occipito-iliaque gauche antérieure le siège occupant la partie gauche du fond de l'utérus ; une tumeur un peu plus volumineuse existait exactement placée contre le bord droit de l'organe à sa partie supérieure : le contenu de la poche était formé par du liquide. Les parois paraissaient devenir plus tendues au moment des contractions, mais elles étaient loin d'acquérir la résistance, la dureté, l'épaisseur des parois utérines.

Existait-il un kyste de l'ovaire ou s'agissait-il d'une corne distendue par du liquide amniotique.

Dans l'intervalle de deux contractions utérines, on refoula le siège du côté droit et on le maintint dans cette situation avec la main gauche. La palpation des parois de la tumeur pratiquée avec la main droite, permit d'y reconnaître bientôt la présence de petits membres mobiles au milieu du liquide.

Donc il n'existait pas de kyste ovarique : il s'agissait simplement d'une corne de l'utérus distendue. Aussitôt après l'accouchement la tumeur disparut.

Budin cite un autre cas où le diagnostic ne peut être fait qu'après l'accouchement.

La dilatation étant complète, on rompit les mem-

1. Diagnostic entre une corne utérine distendue par du liquide amniotique et un kyste de l'ovaire (Budin, *Obst. et Gyn.*).

branes mais il ne s'écoula pas une cuillerée de liquide. Les contractions continuèrent à être très intenses, et au bout de vingt minutes l'accouchement se termina spontanément.

Aussitôt après la sortie du fœtus, les eaux s'écoulèrent en notable quantité, et la tumeur qui semblait appliquée contre l'utérus disparut complètement. Le fond de l'organe conserva seulement une forme un peu bilobée.

Enfin dans un troisième cas semblable comme disposition de la tumeur et de l'utérus, l'enfant au lieu de se présenter par le sommet et d'avoir son siège au fond de l'utérus, se présentait au contraire par l'extrémité pelvienne, en position sacro-iliaque droite. Sous l'influence du travail, le siège s'était engagé dans l'excavation. On ne pouvait songer à faire pénétrer dans la tumeur ni la tête du fœtus trop volumineuse, ni les petits membres qui étaient dirigés du côté gauche.

Tout en croyant à une dilatation de la corne droite, on dut en l'absence de preuves absolument convaincantes rester sur la réserve.

En résumé, conclut Budin, lorsqu'à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement, on trouve une tumeur arrondie, liquide, immédiatement en rapport avec une des parois de l'utérus, pour reconnaître s'il s'agit d'un kyste ovarique ou de la dilatation d'une corne utérine, on peut avoir recours au procédé que nous avons utilisé. L'enfant se présentant par l'extrémité céphalique et son dos étant tourné du

côté opposé où se trouve la tumeur, on repousse dans l'intervalle des contractions le siège du fœtus vers la base de la tumeur.

Si on réussit à faire pénétrer les petits membres de l'enfant dans l'intérieur de la poche et à les y sentir par la palpation, on a la preuve qu'il s'agit non d'un kyste de l'ovaire, mais d'une corne utérine distendue pas du liquide amniotique. »

4° La distension du fond de la matrice pourra prêter à des erreurs avec un fibrome du corps.

Pendant la grossesse ces tumeurs s'hypertrophient et se ramollissent au point d'offrir une consistance analogue à celle d'une tuméfaction liquide.

De plus, lorsqu'il s'agit d'un fibrome interstitiel faisant corps avec l'utérus, déformant considérablement cet organe, lui imposant des déviations marquées, changeant de consistance pendant la contraction, on conçoit que le diagnostic puisse devenir très difficile.

De plus, le fibrome peut être confondu avec des parties fœtales, mais la contraction accentue le premier et voile les secondes, en outre celles-ci sont mobiles.

Enfin le fibrome du corps peut causer des complications analogues à celles qu'on peut observer dans la distension des cornes utérines : présentations vicieuses, inertie utérine, adhérences placentaires.

Le diagnostic se fera par la constatation des métrorragies ;

par le développement anormal de l'utérus existant avant la grossesse ;

par l'irrégularité plus prononcée et la consistance en général plus dure de la paroi utérine.

Nous avons parlé au chapitre de clinique des fausses tumeurs résultant de l'inertie partielle de la paroi de la corne au moment des contractions utérines.

5° Un utérus déformé par une grossesse double peut être confondu avec un utérus cordiforme distendu par un excès de liquide amniotique.

Hergott cite « le cas d'une femme dont la matrice avait une forme irrégulière et oblique : les deux têtes étaient situées aux angles de l'utérus et formaient deux tumeurs séparées par une dépression ».

La droite était beaucoup plus élevée que la gauche.

Dans un autre cas signalé par Budin les deux fœtus sont placés l'un à côté de l'autre se présentant tous les deux par le sommet, l'un des fœtus avec une tête profondément engagée. Les deux sièges se trouvent dans les deux cornes, mais le siège du premier dont la présentation est engagée est beaucoup moins élevé que celui du second, d'où asymétrie de l'utérus qui apparaît avec un développement exagéré dans le sens longitudinal et une corne plus haute que l'autre.

Enfin dans le cas où les deux fœtus sont disposés en T. (une femme observée dans le service de la Pitié), le fœtus transversal cause une distension des deux cornes utérines, distension plus marquée du côté du siège.

Le diagnostic se fera :

Par l'interrogatoire, les antécédents, la constatation du développement exagéré de l'abdomen, la gêne circulatoire, l'œdème sus-pubien, la fréquence de l'albuminurie et des varices ;

Par la palpation et le toucher permettant de reconnaître les pôles fœtaux ;

Par l'auscultation décelant la présence de deux foyers distincts.

6° Si l'on se trouve en présence d'un utérus cordiforme au début de la grossesse, asymétriquement développé, on devra faire le diagnostic avec une grossesse extra-utérine.

Les douleurs plus ou moins vives dans le bassin et dans le bas-ventre traduisant la réaction péritonéale autour du sac fœtal.

Les phénomènes de compression : dysurie, constipation opiniâtre ;

Un écoulement sanguin provenant de l'utérus.

Le palper et le toucher permettant de reconnaître l'existence de deux tumeurs : la tumeur fœtale et la tumeur utérine ;

L'évolution de la grossesse.

Tous ces signes permettront de faire le diagnostic.

Dans tous les cas, une palpation méthodique permettant de déceler sur la face latérale de l'utérus, la trompe, l'ovaire et surtout le ligament rond, sera d'un grand secours pour le diagnostic différentiel de la corne utérine distendue.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

F. M..., vingt ans, primipare, entrée le 25 janvier.

*Antécédents héréditaires* — Néant.

*Antécédents personnels.* — Réglée à treize ans. Règles régulières mais peu abondantes.

La femme à son entrée dans le service est enceinte à terme.

*Examen.* — Femme de taille moyenne. Colonne vertébrale bien conformée. Extrémités petites. Crêtes tibiales légèrement incurvées.

Diamètre bis-épineux, 20 ; bis-iliaque médian, 22,5.

Bassin généralement rétréci.

A l'examen du ventre : abdomen pendulum.

Parois tendues. Nombreuses vergétures indiquant une faiblesse particulière des téguments et de la paroi abdominales.

L'Utérus est en antéversion et tordu de gauche à droite avec exagération du volume de la corne droite et amincissement de la paroi à son niveau.

Hauteur utérine mesurée de la symphyse pubienne à l'extrémité de la corne droite : 35 centimètres.

A la palpation on note l'excès de tension facile à sentir surtout aux niveau des deux cornes amincies et principalement de la droite distendue. A ce niveau on perçoit une sensation de fluctuation et de renitence qui pourrait induire en erreur si l'on ne sentait les parties fœtales. Excès de liquide amniotique.

En raison de la torsion exagérée de l'utérus à droite la face latérale gauche de l'organe se met en rapport avec la paroi abdominale antérieure, et on délimite la trompe gauche et l'ovaire sensible à la palpation, de même que le ligament rond du même côté en rapport également avec la face antérieure de l'abdomen.

Le fœtus se présente par le sommet en occipito-iliaque droite transverse. La tête est très mobile.

Au toucher vaginal le col est très en arrière à peine accessible à bout de doigt. Le détroit inférieur et très rétréci, le promontoire non accessible.

Les parties molles sont peu souples et résistantes au doigt.

28 janvier. — A une heure la femme entre en travail. Tête encore très haute. Poche des eaux assez grosse. Dilatation 50 centimes.

A 8 h. 30 : Dilatation 2 francs. Membranes intactes. Tête encore élevée. On décide l'opération césarienne pour bassin rétréci.

Longue incision un tiers au-dessous un tiers au-dessus de l'ombilic. Extériorisation de l'utérus qui est tordu sur son axe le bord gauche regardant en avant. Le pédicule est très vasculaire et très variqueux.

D'autre part la corne droite est extrêmement amincie.

Extraction du fœtus pesant 3.900 grammes.

Le placenta est inséré sur la face postérieure et à gauche.

Délivrance artificielle facile.

L'hémorragie est nulle, l'utérus se retractant d'une façon parfaite.

On explore la face interne de l'utérus et on s'aperçoit qu'au niveau des deux cornes principalement la droite l'utérus est très aminci.

Suture en deux plans.

Fermeture de la paroi en trois plans.

## OBSERVATION II

M. V..., vingt-cinq ans. Primipare, entrée le 6 février 1919.

Rien dans les antécédents.

Réglée à douze ans.

A son entrée dans le service la femme est enceinte de huit mois et demi.

*A l'examen.* — Déformation du thorax en entonnoir avec dépression de l'appendice xiphoïde, de la cinquième, sixième et septième côtes. Cavité de la grosseur du poing.

Bassin normal.

*Utérus.* — Distension et amincissement de la corne droite avec exagération de l'inclinaison et de la torsion de ce côté.

Hauteur sur la ligne médiane, 32 centimètres.

Distance qui sépare la partie médiane du fond marquée par une légère dépression :

De la corne droite 22 centimètres.

De la corne gauche, 10 centimètres.

La corne gauche est petite et à parois résistantes. Tension de la paroi normale.

Au toucher vaginal, col à gauche et en arrière.

Parties molles peu souples. Un peu de spasme du releveur.

Présentation du sommet en O. I. G. A. Tête fixée.

Bruits du cœur fœtal normaux.

26 février. — La femme accouche naturellement d'un garçon pesant 3.200 grammes.

Durée du travail, 14 heures.

Contractions utérines régulières et énergiques.

Délivrance naturelle complète.

## OBSERVATION III

Mme U..., vingt-trois ans, bipare, entrée le 17 février pour bassin rétréci.

Dernières règles le 12 mai. Grossesse près du terme.

*Antécédents.* — Réglée à quinze ans, règles régulières peu abondantes. Une grossesse antérieure, accouchement artificiel par application de forceps. Extraction d'un enfant vivant mort six semaines après.

*Examen.* — Ventre assez volumineux, un peu pendulum.

Utérus en antéversion avec développement exagéré de la corne gauche. L'organe semble incliné de ce côté, sans torsion apparente, la corne distendue remplissant tout le flanc gauche jusqu'aux fausses côtes.

A la palpation amincissement de la paroi à ce niveau. Perception des petits membres du fœtus qui se présente en OIDP.

La corne droite est de petit volume mais nettement séparée de la gauche.

Tension des parois, normale.

Au toucher vaginal. Col en arrière. Promontoire facilement accessible.

27 février. — Accouchement naturel et assez rapide. Durée du travail sept heures. Délivrance normale.

## OBSERVATION IV

Mme G..., entrée pour bassin rétréci, le 3 mars.

Primipare.

Réglée à seize ans et depuis d'une façon régulière.

Grossesse près du terme.

Femme petite. Crêtes tibiales légèrement incurvées.

Diamètre bis-iliaque antérieur..... 21

— bis-iliaque médian ..... 25

— bi-trochantérien ..... 28

Ensellure lombaire peu accentuée, bassin du type masculin.

*Examen du ventre.* — Parois normales sans tension exagérée.

Utérus très incliné et légèrement tordu à droite avec exagération du volume et amincissement de la corne droite. A ce niveau on perçoit quand même un léger excès de tension dû à une quantité exagérée de liquide amniotique.

Longueur de la corne droite mesurée de son extrémité à la partie médiane du fond de l'utérus, 25 centimètres pour 15 centimètres à la corne gauche.

Présentation du sommet en OIDT.

Tête ne tendant pas à s'engager.

Au toucher vaginal, col en arrière et à gauche.

Promontoire accessible mais très élevé.

17 mars. — On pratique la césarienne conservatrice pour bassin rétréci.

Extériorisation de l'utérus qui est volumineux, distendu et aminci au niveau des cornes surtout à droite. Le fond de l'utérus est déprimé à sa portion médiane (utérus cordiforme).

Ponction de la paroi antérieure englobant le fond. Extraction facile du fœtus (poids 3.900).

Assez grande quantité de liquide amniotique.

Placenta inséré au fond et en arrière. Délivrance facile.

L'utérus se rétracte peu : les parois sont flasques. Malgré cela l'hémorragie est normale.

## OBSERVATION V (Résumée)

Mme Q..., vingt-trois ans, primipare. Entrée le 7 mars.

Grossesse de huit mois et demi.

*Antécédents syphilitiques.* — Wassermann positif. Hydramnios.

Utérus asymétrique très incliné à droite avec distension et amincissement de la corne de ce côté qui contient le siège du fœtus.

On observe de la tension exagérée des parois et le phénomène du flot.

La présentation (Sommet), n'est pas engagée : elle est au contraire très mobile.

La femme accouche le 24 mars. Le travail est long, les

contractions moins régulières et moins énergiques que normalement. Malgré cela aucune intervention ne s'impose.

### OBSERVATION VI (Résumée)

Mme Ost..., dix-sept ans, primipare, entrée le 9 mars.

Césarienne conservatrice pour bassin rétréci.

Femme très petite mais bien conformée. L'utérus est bicorne avec amincissement de sa paroi au niveau des deux cornes.

Il est en antéversion très prononcée et très tordu à droite. La corne gauche se met en rapport avec la paroi abdominale à travers l'écartement des muscles droits. On perçoit à la palpation l'ovaire, la trompe et le ligament rond de ce côté.

Il y a hydramnios.

19 mars. — Césarienne abdominale.

Petite incision dépassant fortement l'ombilic en haut. Ponction de l'utérus sans extériorisation. Le placenta est inséré en avant : on passe à travers. Délivrance facile. L'utérus est bicorne avec la corne gauche plus développée.

Suture de l'utérus en deux plans. Suture de la paroi en trois plans.

### OBSERVATION VII (Incomplète)

Mme X..., femme venue à la consultation, enceinte de cinq mois.

Fœtus mort *in utero* (disparition des mouvements actifs. Les bruits du cœur ne sont pas perçus).

L'utérus mou, inconsistant est cordiforme avec dépression

médiane du fond et développement symétrique des deux cornes.

## OBSERVATION VIII (Incomplète).

Mme X..., entrée pour menace d'avortement, le 22 mars. Enceinte de quatre mois.

Utérus cordiforme avec corne droite un peu plus volumineuse et ramollie.

L'avortement se fait en deux temps. Extraction manuelle du placenta.

La main de l'opérateur introduite dans l'utérus perçoit la distension de la corne droite dans laquelle est insérée le placenta.

## OBSERVATION IX (Incomplète).

Mme L..., primipare, entrée à la Salle du travail, le 22 mars.

Pendant les contractions l'utérus se dessine nettement à travers la paroi abdominale, avec un fond bilobé et asymétrique où la corne gauche fait une saillie exagérée, après l'expulsion du fœtus qui succède à un travail assez long.

L'utérus conserve sa forme et la palpation permet de repérer sur sa face antérieure la trompe, l'ovaire et le ligament rond du côté droit.

Après la délivrance la matrice reprend une forme normale.

Le placenta n'était pas inséré dans les cornes mais près du segment inférieur, le bord de la déchirure des membranes

étant très rapproché (5 à 6 centimètres) du bord placentaire.

Les membranes offraient une large surface reproduisant la cavité utérine agrandie par la distension de la corne.

## OBSERVATION X (Résumée)

Mme S..., bipare, entrée le 26 mars, enceinte de huit mois et demi.

Utérus cordiforme asymétrique.

Hauteur à la partie médiane, 29 centimètres.

Hauteur mesurée de la symphyse à l'extrémité de la corne gauche, 38 centimètres.

La matrice est tendue sans excès de liquide. Il s'agit d'un gros enfant.

Le siège se trouve dans la corne distendue.

Accouchement normal à terme.

Poids du fœtus ; 3.880 grammes.

## OBSERVATION XI (Résumée).

Mme C..., vingt ans, primipare.

Hydramnios.

Distension des deux cornes surtout de la droite avec amincissement de la paroi à son niveau.

Torsion exaspérée et inclinaison à droite.

Accouchement normal à terme.

## OBSERVATION XII (Incomplète).

Mme M..., dix-huit ans, bipare, enceinte de sept mois et demi.

Même configuration de l'utérus que dans l'observation précédente, avec torsion à droite un peu moins prononcée.

Fœtus très mobile se présentant par le sommet.

Léger excès de liquide amniotique.

La femme quitte l'hôpital avant le terme de sa grossesse.

## OBSERVATION XIII (Incomplète).

*Enchatonnement du placenta.*

Mme H..., vingt-trois ans, primipare.

Femme entrée à la salle de travail dans la nuit du 24 au 25 mars.

Utérus cordiforme avec corne droite plus volumineuse.

Acouchement prématuré d'un enfant débile pesant 1.480 grammes au terme de sept mois.

Délivrance artificielle nécessitée par l'enchatonnement du placenta dans la corne distendue.

Rien d'anormal pendant les suites de couches.

## OBSERVATION XIV

*Grossesse gémellaire*

Mme H... entre le 26 mars.

A son entrée dans le service la femme est enceinte de huit mois et demi.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents si ce n'est l'apparition d'albumine dans les urines au septième mois de la grossesse et sa disparition rapide par le régime lacté.

*A l'examen.* — Le ventre est très volumineux. L'utérus développé dans le sens tranversal est distendu sur son côté gauche.

Au palper on sent un pôle en bas, une tête sous les fausses côtes droites.

Un troisième pôle dans la corne gauche.

A l'auscultation deux foyers, un vers le point de Mac-Burney ; un autre à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Il y a asynchronisme entre les battements perçus au niveau de ces deux foyers.

Au toucher, le col est long non perméable.

La partie fœtale qui se présente au détroit supérieur n'est pas engagée.

Il s'agit vraisemblablement d'une disposition des deux fœtus en T., le fœtus supérieur ayant son siège dans la corne gauche.

*L'utérus est déformé et distendu par le volume et la forme de son contenu.*

Accouchement du premier enfant au forceps, pour procidence du cordon, après dilatation bimanuelle.

Le deuxième fœtus est extrait en siège complet.

Poids respectif des deux enfants 2.100 et 2.300 grammes.

La délivrance se fait normalement.

Grossesse bivitelline : les deux placentas accolés pèsent 1.000 grammes.

## CONCLUSIONS

1° La distension des cornes utérines au cours de la puerpéralité, qu'elle ait pour causes occasionnelles l'hydropisie de l'amnios, l'insertion du placenta ou tout autre phénomène, reconnait toujours pour cause primordiale une malformation de l'utérus par coalescence incomplète des canaux de Müller, rentrant par conséquent dans la catégorie des utérus bicornes ;

2° Cette malformation est presque toujours représentée par le degré le moins accentué du cloisonnement utérin, c'est-à-dire par l'utérus cordiforme ou utérus bicorne arqué ;

1° Au cours de la grossesse, du travail et de la délivrance, l'utérus cordiforme peut être cause :

α) De présentations vicieuses ;

β) D'engagement tardif de la présentation surtout s'il existe de l'hydramnios ;

γ) De contractions irrégulières et d'un certain degré d'inertie localisée au niveau de la corne distendue ;

δ) D'enchatonnement du placenta quand l'insertion se fait sur cette corne.

Mais presque toujours les phénomènes de la puerpéralité se passent normalement ;

4° La bifidité et l'asymétrie du fond de l'utérus peuvent prêter à des erreurs de diagnostic, principalement avec les tumeurs compliquant la grossesse. Kystes de l'ovaire ou fibromes du corps ;

5° En somme, cette malformation est assez fréquente (6 pour 100) et ne devient que rarement une cause de dystocie.

# APPENDICE

Avant de terminer nous donnerons un aperçu succinct sur les diverses formes que peut affecter l'utérus d'après la coalescence plus ou moins étroite et le développement plus ou moins parfait des canaux de Müller.

En premier lieu, *l'utérus cylindrique* résultant d'une insuffisance de développement de ces conduits. La matrice offre une forme allongée dans le sens de la hauteur : le fond est rétréci, il semble qu'il y ait eu soudure exagérée des canaux de Müller.

Ces sortes d'utérus sont hypoplasiés d'un poids et d'un volume au dessous de la normale.

De plus, ils s'accompagnent généralement d'autres malformations génitales : vulve peu développée, poils du pubis rares, vagin étroit, culs-de-sac vaginaux peu profonds, bassin généralement rétréci.

En second lieu, nous placerons *l'utérus normal*, ovoïde à grosse extrémité supérieure.

Puis viennent les malformations de la matrice produites par un vestige de la dualité primitive, déjà mentionnées au chapitre d'anatomie et qu'au point de vue obstétrical on peut classer en trois catégories :

1° L'utérus *cordiforme sans cloison intérieure* où la malformation se manifeste seulement par une divergence anormale des cornes ;

2° Les utérus à cloison qui comprennent :

α) L'utérus *cordifome avec éperon* au niveau du fond ;

β) L'utérus *globularis bipartitus* avec cloisonnement plus accentué ;

γ) L'utérus *biloculaire incomplet ou utérus bicorne unicervical* qui présente à peu près les mêmes particularités que les utérus doubles.

3° Les utérus doubles se divisant en :

α) Utérus *bicorne bicervical* coexistant ou non avec un vagin cloisonné ;

β) Utérus *didelphe* où la dualité primitive subsiste complètement.

Dans ces utérus, la grossesse peut être double. Elle est habituellement simple et c'est ordinairement l'utérus le mieux développé qui devient gravide.

L'accouchement se passe normalement. Comme cause de dystocie exceptionnelle il faut signaler la présence d'une bride recto-vésicale qui a pu causer la rupture utérine.

Vu : le Président de la thèse,
BAR

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

# BIBLIOGRAPHIE

*Rieffel.* — In Poirier et Charpy Anatomie, t. V.

*Hélie et Chenantais.* — Recherche sur la disposition des fibres musculaires développées par la grossesse. Paris, 1865.

*Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.

*Hergott.* — Essai sur les variétés de formes de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1839.

*Tarnier, Chantreuil et Budin.* — Traité de l'art des accouchements.

*Auvard.* — Traité d'accouchements. Travaux d'obstétrique, t. III.

*Budin.* — Clinique obstétricale. Obstétrique et Gynécologie.

*Winckel.* — Handbùch der Gebùrstshülfe (Munich).

*Bayer.*— Entwickelùngsgeschichte ùnd anatomie des weiblichen Genitalapparates. Strasbourg, 1908.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 5031-19